

# "Crni tumori" kože

---

**Mohar, Nikola**

Source / Izvornik: **Medicina, 1974, 11, 69 - 72**

**Journal article, Published version**

**Rad u časopisu, Objavljena verzija rada (izdavačev PDF)**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:184:097586>

Rights / Prava: [Attribution 4.0 International](#)/[Imenovanje 4.0 međunarodna](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-09-02**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of  
Medicine - FMRI Repository](#)



17. *Valdervort, W. J.*: Milk of calcium renal stone. Delaware M. J., 37:37, 1965.

18. *Walker, W. H., Pearson, R. E., and Johnson, N. R.*: Milk of calcium renal stone: case report. J. Urol., 84:517, 1960.

19. *Schinz, H. R., Baensch, W. E., Friedl, E., and Uehlinger, E.*: Roentgen Diagnostics, Vol. IV Edited by J. T. Case, Grune & Stratton, Inc., New York, 1954.

20. *Campbell, M. F.*: Urology, Second edition, W. B. Saunders Company, Philadelphia, 1964.

21. *Emmett, J. L.*: Clinical Urography, Second edition, Vol. II, W. B. Saunders Company, Philadelphia, 1964.

22. *Yow, R. M., and Butts, R. C.*: Calyceal diverticulum. J. Urol., 73:663, 1955.

## OSVRT

### „Crni tumori“ kože

N. MOHAR

*Iz Klinike za kožne i spolne bolesti Medicinskog fakulteta (Klinička bolnica »Braća dr Sobol«) Rijeka*

#### UVOD

Tumorozne promjene na koži, tamnije kolorirane, predstavljaju dijagnostički problem zbog toga što postoji mogućnost zamjene s tumorima koji sadrže opasne melanoblastične stanice. Pokušalo se u ovom kratkom prikazu ukazati praktičaru na glavne kliničko-morfološke i diferencijalno-dijagnostičke osobitosti »crnih tumora« kože, polazeći postepeno od benignih i malignih pigmentiranih tumora, benignih nevusa do melanomalignoma. Isto tako, nije bila namjera da se, osim preglednog izlaganja koje bi trebalo biti podsjetnik praktičaru, dade i neke detaljnije diferencijalno-dijagnostičke i terapijske smjernice, tim više što ta problematika niti s dijagnostičke, niti terapijske strane, nije usaglašena. Prikazi slučajeva s fotografijama treba da potvrde da je problem dijagnostike crnih tumora kože u odnosu na melanomalignome u svakodnevnoj praksi naročito čest.

Često se liječnik opće prakse, dermatolog ili kirurg nađu pred dijagnostičkim i terapijskim problemom, kako postupiti s onim tumoroznim promjenama na koži koje su tamnije kolorirane, te zbog toga postoji mogućnost zamjene s pravim »crnim tumorima« kože, koji sadrže opasne melanoblastične stanice. Nemali je broj benignih i malignih kožnih tumora koji su pigmentirani, a ne sadrže melanoblastične stanice i ne potječu iz grupe pigmentiranih nevusa. U svim takvim slučajevima je biopsija ili obična ekscizija vitium artis, jer bi baš takvi zahvati mogli dovesti do nepo-

željnih posljedica. Trebalo bi, dakle, prije liječenja, odnosno prije patohistološkog nalaza postaviti »točnu« kliničku dijagnozu, a to nije uvijek moguće. Svaki liječnik, koji bi došao u priliku da u ovakvim slučajevima postavlja dijagnozu i diferencijalnu dijagnozu, trebao bi znati da mnogi kožni tumori mogu izgledati crni, odnosno tamnije pigmentirani i bez melanina. Tamnija koloracija može biti posljedica povećane oksidacije kreatina, pogotovo kad on u debljem sloju pokriva takve promjene. Prisustvo melanina kao autohtonog pigmenta, a bez prisustva melanoblasta, mogućnost krvarenja i stvaranje krvnog pigmenta hemosiderina, strana tijela, kao i liječničke intervencije (aplikacija raznih masti, obloga, koagulacija štapićima srebrnog nitrata, elektrokoagulacija), dovode često do promjena u boji. Isto tako, količina pigmenta koji određuje boju promjene nije i jedino mjerilo maligniteta, pa čak ni kod melanomalignoma, jer je poznato da ih ima i s vrlo malo ili čak bez pigmenta (amelanotički melanomalignom). Problem dijagnostike »crnih tumora« kože ostaje dakle, u domeni iskustva liječnika, pa se s tim u vezi i javljaju različita mišljenja u načinu obrade i liječenja. Tumori, koji mogu biti tamnije kolorirani i od kojih neki sadrže stano-vite količine pigmenta melanina, ali se ne sastoje od melanocita i melanoblasta, većinom su benigni, osim pigmentnog bazalioma koji je ionako lokalnog karaktera i ograničenog maligniteta i pigmentnog spinalioma. Zbog toga se osim kirurških rješenja preporuča biopsija, ali uz prethodno rendgensko zračenje (velikim dozama u kratkom vre-

menu), brza patohistološka pretraga biopsiranog tkiva i nastavak zračenja do potrebne ukupne doze. Ove mjere opreza potrebne su, jer se može dogoditi da se melanomalignom ili nevocelularni nevus zamijene »nekom bradavicom«, što bi, kao što smo već spomenuli, moglo imati nepoželjne posljedice.

Pokušat ćemo dati preglednu sliku najčešćih tumora kože koji mogu biti katkada tamnije pigmentirani.

*Kutani fibromi*, veći ili manji, vrlo su česti benigni tumori, različitog oblika i tvrdoće (fibroma molle seu fibroma pendulum, fibroma en pastille) i boje kože; mogu biti smeđi, tamnosmeđi i gotovo crni. Ne alteriraju maligno. Meki su, obično vrlo brojni, a pojedinačni su tvrđi, rijetko veći od zrna graška. To su histološki fibrozni intradermalni noduli, dobro ograničeni, bez kapsule, s različitim brojem fibrocita i histiocita. Pigmentacija tumora najčešće nestaje uslijed prisustva hemosiderina ili od melanina koji potječe iz epidermalnih stanica.

*Seboroične veruke* ili staračke bradavice su katkad zaista »crni tumori« kože. Nalazimo ih pretežno kod starijih ljudi, a dosta lako ih je prepoznati, jer su u većini slučajeva multiple i na pojedinim regijama ima ih vrlo mnogo (leđa). Ružičaste su ili boje kože, lagano svijetložučkaste ili tamnosmeđe do gotovo crne boje, hrapave i pokrivene masnim seboroičnim adherentnim skvamama. Katkad su pojedinačne, tumorozne, crne i svojom kliničkom slikom podsjećaju na melanomalignom ili povećavajući nevocelularni nevus, pogotovo ako oko njih postoji upalni ili hiperpigmentirani halo. Staračke bradavice nikada maligno ne alteriraju. Histološki se radi o papilomatnoj hiperplaziji epidermisa s rožnatim pseudocistama u sredini tumora. Tamnija koloracija nastaje od pigmenta melanina.

*Angiomi*, manji kavernozi, opisivani kao hemangiomi — pericitomi ili haemangiomi — endotelomi, i to ako su smješteni dublje u koži ili potkožnom tkivu, mogu svojom bojom izgledati gotovo crni, a u slučaju upale ili tromboze mogu se vrlo lako zamijeniti melanomalignomom.

*Senilne ili aktiničke keratoze* rijetko premašuju veličinu kovanog novca. U početku su u nivou kože (starački lentigo), a poslije se stvaraju keratitičke naslage, suhe, hrapave i adherentne. Boje su normalne kože, najčešće žučkaste, svijetlo do tamno smeđe, ali ih ima i sivo-crni, pa je u tim slučajevima moguća zamjena za melanomalignom ili pigmentirani bazaliom. Promjena u boji nastaje najčešće zbog oksidacije keratina.

*Bazeocelularni karcinom*, (bazaliom) i to oblici kao što su planocikatricijelni ili pseudocistični mogu biti pigmentirani i svojom bojom izgledati kao melanomalignom. U kliničkoj dijagnostici pomaže čest nalaz »perlastih« promjena. Potrebna je biopsija i histopatološki pregled, uz već spomenute mjere opreza i postavljanje brze histološke dijagnoze. Histološki se vidi epitelomatozno

bujanje stanica, koje su slične bazalnim, a pune su zrnaca pigmenta melanina, uz brojne melanofore u vezivnoj stromi. Misli se, da ta hiperpigmentacija nastaje benignom proliferacijom melanocita. Prognoza pigmentnog bazeocelularnog karcinoma je dobra, jer malignitet ostaje samo u lokalnim okvirima.

*Pigmentni spinaliom* je rjeđi i javlja se u obliku egzofitičnog ili planog tumora, ili kao promjena slična verukoznom pigmentiranom nevusu.

*Melanoakantom* je površni neinvazivni tumor epidermisa sa slinčkom slikom keratoakantoma, seboroičke keratoze, pigmentnog bazalioma ili melanomalignoma. Histološki postoji hiperplazija epidermisa i papila bez nevus stanica, ali i bez invazije. Pigmentacije su difuzno ili mrljasto raspoređene.

*Morbus Paget* je lokaliziran uglavnom oko mamilu. Pigmentni oblik može biti pigmentiran samo na rubu ili rjeđe pak na čitavoj svojoj površini. Diferencijalno dijagnostički dolazi u obzir cirkumskriptna preblastomatozna melanoza. Histološki, uz brojne melanocite, vidi se i melanin izvan stanica.

Od ostalih tumoroznih promjena na koži, koje mogu imati tu značajnu tamniju koloraciju i koje nam katkad čine dijagnostičke poteškoće, spomenut ćemo još neke oblike benignih kožnih tumora, kao što su *histiocitom* i *fibrohistiocitom*, (koji osim histiocita sadrže još lipide i hemosiderin), *glomus tumori*, *neurinom*, *limfocitom*, *fibroepiteliom* (*Pinkus*), *leiomiom*, *lipom*, *hidrocistom*, *kožne ciste* (znojnih i lojnih žlijezda), *traumatske ciste* (na prstima i volarnoj strani ruku), *granulom stranog tijela*, *piogeni granulom* (*botriomycom*), *manji hematomi*, *palmarne i plantarne utisnute bradavice* i *keloidi*. Sve ove tumorozne tvorbe mogu biti katkad, manje ili jače, tamnije obojene i u pojedinim slučajevima izazvati sumnju da se radi o pravim »crnim tumorima« kože.

Pravi pigmentni tumori su benigni pigmentni nevusi. Uvjetovani su kongenitalno, a karakterizira ih prisustvo embrionalnih melanoblasta ili nevus stanica (*Unna*), za koje se danas misli da su neuralnog porijekla. Malignom alteracijom takvih nevocelularnih nevusa razvijaju se melanomalignomi. Klinički je opisano nekoliko glavnih tipova pigmentnih nevusa. To su: lentigo, plani, verukozni i tuberozni nevusi, plavi nevus i kuplasti nevus.

*Lentigo* se spominje kao banalna »kozmetička greška«. Promjene su u razini ili nešto iznad kože, boje bijele kave, smeđe ili crne, veličine leće, pojedinačne ili diseminirane. Histološki je karakteristično prisustvo nevus stanica, smještenih na granici epidermisa i kutisa. Misli se da neke od njih katkad »otkapavaju« u kutis. Pretežno su melanociti smješteni intradermalno i mnogi od njih sadrže veće nakupine pigmenta melanina. Iako su kod lentiga prisutni melanociti, maligna alteracija je vrlo rijetka, a ukoliko do nje i dođe,

obično su te promjene nastale iz onih promjena koje su tamnije i izložene traumatiziranju (ekstremiteti, genitalna regija). Preporuča se u takvim slučajevima hitan kirurški zahvat.

*Verukozni i tuberozni nevocelularni nevus* najčešće su izraženi kod odraslih, ograničeni su, katkad prilično veliki smeđi, do gotovo crni. Histološki melanociti su smješteni intradermalno ili još dublje u kutisu (tip »dermique« francuskih autora), a ukoliko se vide i na epidermalnoj granici, govori se o sastavljenim ili kombiniranim nevusima (»compound naevus«). Ovi tumori mogu biti upalno promijenjeni što može izazvati, iako rijetko, malignu alteraciju. Češće maligna alteracija nastupa nakon slabijih ili jačih trauma, pogotovo kod onih nevusa koji su izloženi stalnom traumatiziranju.

*Kupolasti nevus* je gotovo uvijek pojedinačan, u obliku kugle, oštro ograničen, crne — antracitne boje. Njegovo povećavanje je stalno podjednako i pravilno. Histološki je svojom strukturom kombinirani ili sastavljeni nevus smješten intradermalno, ali s velikom funkcionalnom aktivnošću na epidermokutanoj granici. Kod njegovog povećanja i promjene potrebno je brzo odstranjenje, a postupak je isti kao kod melanomalignoma.

*Plavi madež* (naevus coeruleus) ne treba toliko oštro razdvajati od nevocelularnih nevusa. Izgled je osobit i dijagnoza lagana. Mali tumorčić veličine leće ili manji, tvrd, kuglast s karakterističnom plavkastom bojom. Histološki vidimo da se melanin nalazi u dubljim dijelovima kutisa s melanoformama punim pigmenta. Ponekad se vide i fuziformni melanooblasti, pa su zbog toga melanomalignome, koji su nastali iz takvog nevusa, nazivali melanosarkomima.

Od ostalih pigmentnih nevusa spomenut ćemo još melanotičku cirkumskriptnu preblastomatozu, glatke i pilozne nevocelularne nevuse, te grupu epitelijalnih nevusa, u koje spadaju nevus komedonikus i nevus sebaceus senilis, koje neki autori i ne smatraju tumorima. Sistematizirani nevusi su karakterizirani posebnim izgledom i rasporedom.

*Melanosis circumscripta praeblastomatosa* (Dubreuilh) razvija se obično u srednjoj životnoj dobi i to u obliku oštro ograničenih manjih ili većih pigmentnih mrlja, tamnije smeđih ili crnih, s glatkom ili nešto keratotičnom površinom. Polagano se povećava, katkad dolazi i do ulceracija, a po nekim autorima u oko 25% slučajeva iz nje se može razviti melanomalignom. Histološki se već u akantoričkom epidermisu vide nemirne stanice, koje sadrže brojna pigmentna zrnca. Vide se inter i intracelularne vakuole. Granica prema korijumu je nejasna i u njega dolazi do »otkapanja« pigmentnih stanica (slično kao i kod nevocelularnih nevusa). U korijumu, uz brojne melanofores, postoji i limfocitarni infiltrat i pigmentne nakupine. Na pojedinim mjestima epitelijalna bujanja se šire prema dubini.

*Juvenilni melanom* pokazuje uvijek benignu razvutak, iako histološka slika često zadaje dosta

briga. To je posebna varijanta melanocitnog nevusa, koji se javlja u djetinjstvu, i više je ružičaste boje nego smeđe. Većina autora misli da je juvenilni melanom poseban prelazni pigmentni nevus »pograničnog tipa« (junction naevus).

*Melanomalignom (Miescher)* je vrlo maligni tumor, koji se razvija iz maligno alteriranih nevus stanica ili iz melanocita. Raste vrlo brzo, pravi bliže i udaljene metastaze i može katkada izazvati smrt već nakon nekoliko sedmica. Postavljanje dijagnoze je u većini slučajeva dosta lako. Javlja se kod svih dobnih skupina iza puberteta i to malignom alteracijom iz već postojećeg nevusa ili bez postojeće kutane promjene na »nepromijenjenoj koži« (melanomalignoma d'émblée), te rjeđe iz tardivnih nevusa. Klinički znak da je došlo do maligne alteracije je povećanje u relativno kratko vrijeme, promjena boje, krvarenje, upalni halo oko nevusa, kao i pojava sitnih crnkastih tumorčića u okolini (satelitne metastaze). Kasnije su zahvaćeni i povećani regionalni limfni čvorovi. Od subjektivnih znakova javljaju se svrbež i bol. Metastaze u unutrašnje organe (mozak, jetra, pluća, kosti, probavne organe) nastaju hematogenim putem, a praćene su melanurijom. Stanoviti oblici MM-a (u daljnjem tekstu) se dosta teško dijagnosticiraju (među ovima naročito amelanotički tip, petljasti tumorčić, koji je nalik piogenom granulomu, melanotički panancij, te subungvalni melanomalignom, koji se često zamjenjuje hematomom. Razvitak MM-a može biti vrlo brz i smrt nastupa u roku od nekoliko sedmica, no u većini slučajeva dolazi do metastaza poslije šest do devet mjeseci. Poznati su slučajevi s duljim tokom kad do metastaza dolazi nakon pet ili više godina, pa čak i poslije nestanka primarnog tumora. Ne ulazeći ovom prilikom u tumačenje ovakvog ponašanja tumora, spomenut ćemo da su najnovija istraživanja otvorila nove poglede u imunobiološkim zbivanjima kod tumora uopće, pa tako i kod MM-a. Većina autora dijeli MM-om u tri stadija: prvi samo s lokalnim tumorom bez metastaza, drugi sa zahvaćenim regionalnim limfnim čvorovima, te treći s diseminiranim metastazama u unutarnjim organima. Postoje i druga mišljenja u vezi prognoze i terapije, a to su veličina tumora ili podjela prema histološkoj slici. Histološki, tumor je dosta često teško razlikovati od fibroplastičkog sarkoma, malignog schwanoma, i izvjesnih nediferenciranih karcinoma. Za razlikovanje MM-a od nevusa važna je aktivnost na epidermokutanoj granici (activité jonctionnelle). Za primarni MM-om karakterističan je nalaz atipičnih nevoidnih stanica na epidermokutanoj granici i okolna upalna reakcija. Kod metastaza tumorske su stanice udaljene od epidermisa i nema upalne reakcije. Postoji podjela na alveolarni tip sa stanicama ovalnim, orijaškim, s velikim jezgrama bogatim kromatinom i brojnim mitozama i na fascikularni tip s vretenastim stanicama, sličan fibrosarkomu. Između ova dva tipa postoje i miješani oblici. Prognoza je nešto bolja za drugi

tip, a lošija za prvi. Prisustvo upalnog infiltrata, sastavljenog od limfocita, znak je za nešto bolju prognozu s obzirom da limfocitarna reakcija ima važnu ulogu u stvaranju imuniteta. Neki smatraju da je prognoza bolja ako tumorske stanice zahvaćaju samo površne slojeve, nego ako su zahvaćeni i dublji. Sve razlike koje se stvaraju u toku razvitka, bilo da se radi o histološkoj slici ili prognozi, pokušavaju se rastumačiti različitim genom i imunobiološkim zbivanjima.

### ZAKLJUČAK

U ovom prikazu smo pokušali dati glavne kliničko-morfološke diferencijalno-dijagnostičke osobitosti »crnih tumora« kože, polazeći postepeno od benignih pigmentiranih tumora preko benignih nevusa do melanomalignoma, odražavajući na taj način kontinuitet, koji je potreban u ovom razmatranju.

Mnogi su benigni i maligni tumori kože tamnije kolorirani, jer sadrže veće ili manje količine različitih pigmenta, a to predstavlja dijagnostički problem kako za praktičkog liječnika, tako i za dermatologa ili kirurga, zbog mogućnosti zamjene s onim tumorima kože koji sadrže opasne melanoblastične stanice. Spomenuti su neki od takvih najčešćih tumora kože, koji mogu biti gotovo crni, a koji ipak nisu sastavljeni od melanoblastičkih, odnosno melanocitičkih nevus stanica. Jedan dio su benigni pigmentni nevusi, koji predstavljaju stalnu latentnu opasnost zbog mogućnosti maligne alteracije, pogotovo ako su izloženi traumatiziranju ili ako su smješteni u opasnim zonama stalne iritacije. Neki od njih se razvijaju u melanomalign-

nome i to su pravi »crni tumori« kože, koji u većini slučajeva imaju svoju klinički i patohistološki jasnu sliku.

### SUMMARY

#### »BLACK TUMOR« OF THE SKIN

N. Mohar

Tumorous changes on the skin, which have a darker color, present a diagnostic problem because of the possible confusion with tumors which contain dangerous melanoblastic cells.

In this report, the main clinical and differential diagnostic traits of the skin »black tumor« are shown, changing slowly from benign to malignant pigmented tumors, from benign nevus to melanomalignoma.

### LITERATURA

1. Civatte, J.: Histopathologie cutanee, Edition Med. Flammarion, Paris, 1967.
2. Flegler, J.: Maligni tumori kože, Zbornik radova IV kongresa dermatovenerologa Jugoslavije, str. 87—130, Sarajevo, 1964.
3. Greither, A., Tritsch, H.: Die geschwüiste der haut, Thieme Verlag, Stuttgart, 1957.
4. Lever, W. F.: Histopathology of the skin, Lippincott, Philadelphia, 1954.
5. Mohar, N., Gruber, F.: Neobična klinička slika i razvitak melanomalignoma, Acta fac. med. fluminensis, Vol. VI/ VII, 1—2:133, 1971—1972.
6. Moulin, G.: Les tumeurs noires du la peau, Cah. Med. Lyonnais, 41:1325, 1965.
7. Ruben, R. i sar.: Maligni tumori kože, Odabrana poglavlja iz dermatologije za liječnike opće medicine, Pliva, Zagreb, 1972.
8. Zambal, Z.: Histološka dijagnostika malignih tumora, Zbornik radova IV kongresa dermatovenerologa Jugoslavije, str. 141—153, Sarajevo, 1964.
9. Zambal, Z.: Benigni tumori kože, Iatros, 2:57, 1966.

## Terapija antikonvulzivima u trudnoći i kongenitalne malformacije

M. GAZDIK

Posljednjih godina u literaturi se sve češće ukazuje na porast incidencije kongenitalnih malformacija u djece, čije su majke u prva tri mjeseca trudnoće bile pod antikonvulzivnom terapijom. Riječ je o učestaloj pojavi rascjepa usana i nepca, defektima neuralnog grebena, hidrocefalusu, hidronefrozi, dijafragmalnim hernijama, blažim hipospadijama, skraćivanju dugih kostiju, te manjim perifernim anomalijama kostura (hipoplazija i nepravilna osifikacija distalnih falangi na prstima ruku, uz različit stupanj displazije nokata).<sup>1</sup> Tako Elsohove i Van Eck<sup>2</sup> navode 8 puta veću malformacionu ratu kod djece epileptičarki, odnosno 29 puta veću incidenciju rascjepa usana i nepca, dok South<sup>3</sup> navodi čak 70 puta veću specifičnu malformacionu ratu rascjepa usana i nepca. Druga grupa autora<sup>4 5 6 7</sup> navodi da je opća malformaciona rata kod djece epileptičarki 2—3 puta veća, a incidencija rascjepa usana sa/bez

rascjepa nepca za 4—7 puta veća, što je vjerojatno točniji podatak, s obzirom da su te studije prospektivne, za razliku od ranije navedenih, koje su retrospektivne.

Poznato je, nadalje, da je svaki dvjestoti čovjek na svijetu epileptičar,<sup>8</sup> da se u 75% pacijenata epilepsija javlja prije 20. godine života, te da u dvije trećine slučajeva predstavlja stalan problem i potrebu za doživotnim uzimanjem antikonvulzivne terapije.<sup>9</sup> U Engleskoj je, na primjer, svaka dvjestopedeseta trudnica (40%) pod trajnom antiepileptičkom terapijom, što znači da je godišnje oko 2800 djece izloženo djelovanju antikonvulziva u prva tri mjeseca intrauterinog života.<sup>5</sup>

Uzevši sve navedeno u obzir, može se prihvatiti konstatacija Reynolds<sup>10</sup> da antikonvulzivi spadaju među najšire upotrebljavane lijekove